UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 26

FACULTÉ DE MÉDECINE

DU

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

ET DE

L'INFECTION PUERPÉRALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 janvier 1910

PAR

Marius CLOSON

Né à Marseille, le 26 août 1883

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { PUECH, Professeur, *Président* ; RAUZIER, Professeur ; GAUSSEL, Agrégé ; LEENHARDT, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1909

DU

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
ET DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534902_0087

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 26

FACULTÉ DE MÉDECINE

DU

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

ET DE

L'INFECTION PUERPÉRALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 janvier 1910

ACAD. LUGDUNAT. BIBL.

PAR

Marius CLOSON

Né à Marseille, le 26 août 1883

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse (*Assesseurs*)

PUECH, Professeur, *Président*

RAUZIER, Professeur

LEENHARDT, Agrégé

GAUSSEL, Agrégé

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. PUECH, *président.*	MM. LEENHARDT, *agrégé.*
RAUZIER, *professeur.*	GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

M. CLOSON.

A MA FEMME BIEN-AIMÉE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MA FAMILLE ET A CELLE DE MA FEMME

A MES AMIS

M. CLOSON.

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUEIREL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL CRÉMIEU

ANCIEN MONITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

A MESSIEURS LES DOCTEURS
FRANÇOIS ET PAGLIANO

MÉDECINS DES HÔPITAUX

M. CLOSON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PUECH

PROFESSEUR-ADJOINT D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAUSSEL

M. CLOSON.

AVANT-PROPOS

C'est une tradition que d'adresser au début de ce modeste travail, couronnement des études médicales, nos remerciements à tous ceux qui de près ou de loin nous ont manifesté leur affection ou leur amitié au cours de notre vie d'étudiant. Cette tâche est bien douce pour nous; nous sommes heureux de nous en acquitter.

C'est d'abord à ma femme, compagne des bons et des mauvais jours, dont le dévouement inlassable et la solide amitié m'ont soutenu aux tristes heures de lassitude et d'abattement, que je dédie cet ouvrage. Dans le courant de ces dernières années, s'efforçant de nous rendre la vie agréable et facile, elle aplanit pour nous les aspérités de la route parfois si longue et si pénible à parcourir. Qu'elle reçoive ici le double témoignage de notre affection et de notre reconnaissance.

Notre oncle et notre tante nous ont toujours témoigné une amitié étroite et une sincère affection, nous considérant à l'égal de leur propre fils. Nous n'oublierons jamais ce qu'ils ont fait pour nous et nous nous inspirerons toujours de leur exemple.

Nous remercierons d'abord nos Maîtres de l'Ecole de

médecine de Marseille qui ont guidé nos premiers pas dans l'étude de la médecine et n'ont cessé de nous témoigner leur bienveillance.

C'est dans le service de M. le professeur Queirel que nous avons puisé le sujet de notre thèse ; c'est au cours de ses magistrales leçons cliniques que nous avons pris goût à l'obstétrique et nous ne savons ce qu'il nous fallait le plus admirer, de l'éloquence du maître ou de son grand sens clinique.

M. le docteur Crémieu, ancien moniteur d'accouchements à la Faculté de Paris, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille, nous a prodigué avec une parfaite complaisance les conseils et les renseignements. En différentes circonstances de notre vie privée nous avons dû faire appel à son amitié et à son dévouement, qui ne nous ont jamais fait défaut. Qu'il reçoive ici le témoignage de notre reconnaissance.

M. le docteur François, médecin des hôpitaux, fut toujours pour nous un véritable ami mettant à notre disposition ses conseils et son dévouement. Nous lui adressons ici l'expression de notre vive gratitude.

Nous tenons tout spécialement à remercier M. le professeur Puech, qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

DU

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

ET DE L'INFECTION PUERPÉRALE

INTRODUCTION

Le sujet que nous nous proposons de traiter est dû à la pensée de notre excellent ami M. le docteur Crémieu, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille. Ayant eu notre attention attirée au cours de ses leçons cliniques, et ayant observé dans les services de médecine, et plus particulièrement chez MM. Pagliano et Sépet, des fièvres typhoïdes venant compliquer les suites de couches, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'essayer de discuter le diagnostic différentiel de ces deux affections.

La solution du problème n'est pas toujours facile et ce n'est souvent qu'après une longue et sérieuse discussion que le médecin aidé de l'accoucheur arrive à poser son diagnostic.

A l'aide des observations que nos maîtres ont complaisamment mises à notre disposition nous allons à

notre tour essayer de différencier la dothiénentérie de l'infection puerpérale.

La première idée qui s'offre à nous en présence d'une accouchée qui a de la température, c'est bien certainement celle d'une infection puerpérale. Mais il peut cependant arriver que des suites de couches normales au point de vue obstétrical soient rendues fébriles par de la stercorémie ou une affection aiguë comme la grippe ou la dothiénentérie.

La première de ces complications a été particulièrement bien étudiée par M. Wallich, qui en 1907 en a rapporté des observations à la Société d'obstétrique et a fait le sujet de la thèse inaugurale de M. Bédrune: «Grippe et suite de couches».

Dans notre travail nous ne nous occuperons nullement des rapports de la typhoïde et de la puerpéralité. Notre étude se bornera à essayer de mettre en lumière le diagnostic différentiel en face d'une accouchée présentant de la fièvre et quelques symptômes appartenant aussi bien à l'une qu'à l'autre de ces deux affections. Nous examinerons la conduite à tenir dans ces cas de diagnostic hésitant et d'infections associées.

Ce serait en effet sortir du cadre de notre sujet que de vouloir étudier ces rapports de la typhoïde et de la puerpéralité. De nombreux travaux ont été écrits sur ce sujet, et Mlle Chellier a particulièrement bien examiné ce côté de la question dans sa thèse dès l'année 1894.

Nous diviserons donc notre travail en trois chapitres. Dans le premier nous ferons l'historique de la question ; dans le deuxième nous essaierons de discuter le diagnostic, dans le troisième nous parlerons du traitement. Nous terminerons enfin en citant nombre d'observations pro-

venant du service de M. le professeur Queirel et des différents services des hôpitaux de Marseille.

De nombreux auteurs ont parlé de typhoïde et de grossesse, s'occupant des rapports qui existent entre les deux états typhoïdique et de gestation, la typhoïde ayant alors le plus souvent pour conséquence la mort du fœtus et l'avortement. La question de savoir à quelle cause était due la mort du fœtus a donné lieu à de nombreux travaux.

Des recherches historiques auxquelles nous nous sommes livré, il nous semble que l'étude de la dothiénentérie compliquant les suites de couches n'a guère attiré l'attention des auteurs que ces dernières années.

Au XIX^e^ siècle en effet nous retrouvons tout d'abord :

Brousse, qui en 1885 publie un article dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Montpellier.

Lehmann en 1890 rapporte l'opinion de Bonnemaison qu'il y a identité complète au point de vue de l'origine entre les fièvres puerpérale, purulente, typhoïde, les érysipèles, pneumonies et en général toutes les affections malignes.

En 1893 Vinay étudie dans le *Lyon Médical* la fièvre typhoïde chez la femme enceinte et chez l'accouchée ; l'année suivante le même auteur, dans son Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches, nous dit : « Le diagnostic ne sera pas facile, mais si l'accouchement a été régulier, s'il n'existe aucun cas de fièvre puerpérale dans le voisinage, si les lochies ne sont pas fétides, si l'involution utérine se fait bien, si le gonflement des seins n'a subi aucune modification, si le début a été insidieux sans malaise brusque, sans frisson, sans douleurs

dans le bas-ventre, il y a de fortes présomptions en faveur de la fièvre typhoïde. »

Cette même année 1894 nous offre plusieurs autres documents.

C'est d'abord Bonnaire qui, dans la *Presse Médicale* du 17 mars 1894, étudie la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la puerpéralité et, essayant d'indiquer le diagnostic différentiel entre l'infection puerpérale et la dothiénentérie, écrit : « L'examen de la courbe peut rendre de très grands services ; celle-ci offrira le plus souvent dans l'infection puerpérale soit un plateau d'hyperthermie excessive sans rémission, soit de très grandes oscillations sans régularité. »

Mlle Chellier, dans sa thèse inaugurale, traite de la fièvre typhoïde et de la fièvre puerpérale.

Tramport, à Lille, dans sa thèse, traite également de l'état puerpéral et de l'état typhoïde.

En 1899, de Grandmaison et Cartier rapportent à la Société de Biologie de Paris « sur un nouveau cas d'infection sanguine chez une femme accouchée, par le bacille d'Eberth ».

Lepage étudie cette même année à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie, et de Pædiatrie de Paris le diagnostic de la fièvre typhoïde au cours des suites de couches.

En 1902, notre maître M. le professeur Queirel étudie dans ses leçons de clinique obstétricale le diagnostic particulièrement difficile de l'infection puerpérale et de l'infection eberthienne. « Dans certaines conditions, dit-il, le diagnostic sera facile ; d'autres fois de nature à vous faire hésiter, d'autres fois enfin il ne sera fait qu'à la nécropsie.

DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE AU COURS DES SUITES DE COUCHES

La symptomatologie très complexe de la fièvre typhoïde peut en certains cas assez bien rappeler celle de l'infection puerpérale ; sans avoir la prétention de vouloir la reproduire ici nous allons esquisser à grands traits le tableau clinique de cette maladie, le comparer à celui de l'infection puerpérale et analyser les symptômes que présentent ces deux infections. Nous essaierons ensuite d'expliquer les formes anormales et compliquées de l'une et l'autre.

La dothiénentérie est une affection dont la période d'incubation est généralement assez longue, il est bien rare qu'elle débute brusquement.

Le grand frisson est très rare ; c'est au contraire une suite de petits frissons plus ou moins violents, plus ou moins répétés et persistant pendant plusieurs jours. Quelquefois il y a eu des épistaxis, il y a presque toujours de la céphalée occipitale, de la lassitude, de la dépression. Le ventre est souvent douloureux dans la fosse iliaque droite et non sur le globe utérin ; ces douleurs généralement précoces font quelquefois défaut, parfois au contraire

elles sont si vives et si intenses qu'elles pourraient en imposer pour une appendicite. Le ventre est ballonné ; et c'est dans cette même fosse iliaque droite que la main déprimant la paroi abdominale perçoit des gargouillements.

La diarrhée est fréquente, les selles sont généralement liquides, d'une couleur jaune ocre renfermant des grumeaux ; elles ont une fétidité spéciale et une odeur fortement ammoniacale. La percussion même légère révèle une sonorité exagérée, tympanique, dénotant une tension anormale des anses intestinales.

La langue est blanche, saburrale au centre, rouge sur les bords et à la pointe ; elle se sèche avec l'augmentation de température et ne tarde pas à se recouvrir d'un enduit brun concret, épais, connu sous le nom de fuliginosités. La bouche est amère, pâteuse; sur les piliers antérieurs du voile du palais on aperçoit fréquemment des ulcérations caractéristiques à bords rouges et réguliers, à fond gris jaunâtre, sans fausse membrane ni enduit pultacé.

Le pouls quoique fébrile, presque toujours dicrote, assez plein, dépasse rarement 100 pulsations. La température monte chaque jour d'un degré environ avec dépression d'un demi-degré le matin; c'est la période ascendante.

A la fin de la première semaine apparaissent le plus souvent des taches rosées lenticulaires.

L'apparition de cette roséole typhoïdique siégeant à la face antérieure de la poitrine, sur le ventre et quelquefois dans le dos, est d'une grande signification. Sa constance est à peu près absolue puisqu'on la rencontre dans 80 0/0 des cas. La rate est grosse et douloureuse comme d'ailleurs dans la plupart des fièvres infectieuses. Il y a assez souvent du délire.

Si l'examen clinique n'est pas suffisant, s'il existe des doutes on devra faire appel aux méthodes de laboratoire. Le séro-diagnostic de Widal sera fait dans tous les cas hésitants. Notre ami M. le docteur Digne, ancien interne de Widal, a bien voulu à ce sujet nous fournir quelques renseignements que nous croyons devoir reproduire ici. Le séro peut être très efficace et il n'est pas rare de voir l'agglutination se faire dès le deuxième ou le troisième jour de la maladie ; cependant on ne peut guère affirmer ou infirmer un diagnostic que le dixième ou le douzième jour.

Dans l'étude de l'infection puerpérale nous nous sommes inspiré des travaux de MM. Pinard et Wallich, et comme ces maîtres nous en distinguerons deux sortes :

1° L'infection immédiate, c'est-à-dire celle qui se manifeste dès les premiers jours des suites de couches (deuxième ou troisième jour).

2° L'infection tardive qui ne survient que le sixième jour ou même beaucoup plus tard.

La première forme, qui est peut-être la plus fréquente, peut débuter de deux façons, ou très brusquement ou insidieusement.

C'est tantôt vers le deuxième, tantôt vers le troisième ou le quatrième jour que débute brusquement la maladie; la température qui jusque-là était restée normale atteint tout de suite 39 et 40 degrés ; le pouls devient très fréquent, atteignant 120 ou 140 pulsations à la minute. Cette brusque ascension de température est le plus souvent annoncée par un grand frisson violent prolongé s'accompagnant de claquements de dents. Puis le frisson cesse; il est suivi de sueurs profuses.

La langue est humide et légèrement blanchâtre ; le ventre est souple, mais la pression réveille de la douleur

au niveau de l'utérus et des annexes. Les lochies sont souvent fétides mais ne présentent parfois rien de particulier. Au toucher on trouve quelquefois l'orifice interne encore entr'ouvert ; ce dernier signe, souvent absent, a été particulièrement signalé par M. le professeur Budin.

D'autres fois, le début est moins brusque, l'infection revêt une forme atténuée, le frisson manque, seuls la température et le pouls témoignent d'un état anormal.

Le thermomètre marque 37°8, 38° mais toujours le pouls s'accélère au-dessus de 100. Si une thérapeutique intra-utérine n'est pas immédiatement suivie, l'infection s'agrave, la température atteint 38°5 et 39°, le pouls dépasse 120 ou 130. Cette forme larvée est peut-être plus difficile à dépister que la précédente et dans ces cas l'examen du pouls est un signe qui ne trompe jamais ; tout pouls au-dessus de 100 nécessite aune injection intra-utérine.

L'infection puerpérale peut aussi se manifester beaucoup plus tard. Ce sont alors les accidents tardifs des suites de couches si bien étudiés par MM. Pinard et Wallich.

« Parmi les femmes injectées, il n'y a pas que celles qui guérissent et celles qui meurent, il y a celles qui restent malades de leur infection atténuée, comme on dit, mais atténuée juste pour ne pas tuer la malade. Ces femmes qui restent malades de leur infection puerpérale forment les unes la plus grande partie du contingent des affections chroniques de l'utérus ou des annexes, les autres sont celles qui présentent ces accidents tardifs des suites de couches. »

Cette infection peut alors aboutir à des suppurations pelviennes par suite de sa propagation par la voie lymphatique ; elle peut se localiser ou se généraliser du côté du péritoine. Cette dernière terminaison plutôt rare s'an-

nonce par de graves symptômes généraux, élévation de température, petitesse et fréquence du pouls, vomissements porracés, ballonnement du ventre qui devient très douloureux dans toute son étendue.

Tandis que cette péritonite généralisée peut quelquefois s'observer au début des suites de couches, les péritonites localisées ne se voient guère qu'à la période avancée. Elles débutent généralement vers la deuxième ou troisième semaine mais ayant été précédées le plus souvent d'accidents immédiats qui sont passés inaperçus. Le ventre devient très douloureux et les douleurs s'étendent quelquefois aux deux fosses iliaques et la palpation dénote un empâtement de la région. L'élévation de la température est le plus souvent brusque, quelquefois progressive avec de grandes rémissions matinales, le pouls est toujours très accéléré.

D'autres fois, au lieu de se localiser au péritoine, l'infection gagne le tissu cellulaire pelvien, pouvant ainsi donner naissance aux phlegmons du ligament large.

La propagation peut aussi se faire par l'appareil circulatoire et la complication la plus fréquente est alors la phegmatia alba dolens. Cette phlébite a le plus souvent un début très brusque, apparaissant subitement vers la troisième semaine. La malade accuse une douleur assez vive siégeant aux surfaces de flexion (aine et creux poplité) ou sur un point quelconque du trajet de la saphène interne. On constate un œdème blanc sur lequel sont dessinés les lignes bleuâtres des veines, œdème localisé au membre malade qui de ce fait présente une impotence fonctionnelle presque absolue en même temps qu'une élévation de température facilement appréciable par comparaison avec le membre sain. Il n'est pas rare de voir cette affection se compliquer d'une hydarthose de l'articu-

lation du genou correspondant. La température centrale augmente brusquement avec des rémissions matinales, le pouls est toujours très accéléré.

L'étude de ces deux tableaux de la fièvre typhoïde et de l'infection puerpérale nous permet de nous rendre compte que le plus souvent le diagnostic sera facile à faire ; mais la dothiénentérie ne se montre pas toujours ainsi avec sa forme classique, le plus souvent on a affaire à des formes anormales et le diagnostic devient alors moins aisé. Certes le séro-diagnostic peut résoudre le problème, mais le séro est-il affirmatif dès le début de la maladie ? S'il est des cas où l'agglutination se voit dès les premiers jours de la maladie, il en est d'autres, et ce sont peut-être les plus nombreux, où elle n'est guère manifeste que vers le 10e ou le 12e jour. Quel sera alors notre diagnostic, quelle conduite faudra-t-il tenir.

Dans toutes les observations que nous avons pu relever, dans tous les cas d'infection puerpérale post abortum ou post partum qu'il nous a été donné de voir, infection immédiate ou tardive, il est un signe qui ne nous a jamais fait défaut, c'est l'accélération du pouls. Ce sera donc pour nous un symptôme de tout premier ordre et dont la présence nous fera toujours penser à l'infection puerpérale. Avec M. Champetier de Ribes nous dirons que « la fréquence du pouls a une très grande importance dans le diagnostic d'infection puerpérale et qu'il est souvent plus important que la température ».

Il est cependant des cas où l'on peut observer l'accélération du pouls dans la dothiénentérie, mais une autre pathogénie préside alors à cette fréquence du pouls, due le plus souvent à une myocardite concomitante. L'auscultation du cœur, un examen sérieux de la malade, l'étude des commémoratifs, la recherche des différents signes de

typhoïde le séro-diagnostic, faciliteront le diagnostic. Nous ne nous laisserons point trop influencer par la présence des taches rosées, nous rappelant que ces taches se retrouvent également dans l'infection puerpérale.

Notre diagnostic se basera donc sur un ensemble de symptômes dont les plus importants pour nous sont l'examen du pouls et de la courbe de température, le début même de l'affection, le siège de la douleur, l'involution utérine, l'examen des lochies et le séro-diagnostic de Widal.

Parfois cependant la solution du problème est impossible, surtout lorsque les deux affections existent simultanément.

« Errare humanum est. »

TRAITEMENT

Le traitement dépendra très évidemment du diagnostic : différents cas peuvent s'offrir à nous et nous allons essayer de les préciser.

1^er^ cas. — La femme était atteinte de dothiénentérie avant d'accoucher (observations I et II) le diagnostic était porté ou était simplement soupçonné. Le traitement sera avant tout prophylactiqne, la femme sera traitée comme infectée ou en imminence d'infection ; nous nous conduirons comme si nous avions affaire à une accouchée dont les membranes auraient été rompues prématurément.

Nous multiplierons les précautions, et sitôt la délivrance terminée nous donnerons une grande injection intra-utérine de la solution suivante :

Iode métallique	3 gr.
Iodure de potassium	6 gr.
Eau stérilisée	1000 gr.

Ces soins antiseptiques pris, si la maladie évolue normalement sans grande accélération du pouls offrant les caractères d'une dothiénentérie, nous instituerons le traitement de cette affection. Potion de Todd. Repos.

Régime lacté et balnéation si la température s'élevait par trop.

2e cas. — La femme a accouché normalement sans élévation de température au moment de l'accouchement; les premier et deuxième jours sont apyrétiques, puis la fièvre débute, on pense immédiatement à l'infection puerpérale (Obs. III, IV, IX). Cette première idée qui se présente tout naturellement à notre esprit doit cependant être discutée. Le premier élément de la discussion sera l'examen du pouls.

Deux hypothèses à envisager :

1° Le pouls est lent.

Si le pouls se maintient au-dessous de 100 à 80 ou 84 nous croyons qu'on peut affirmer qu'il n'y a pas d'infection puerpérale et nous sommes endroit de supposer qu'on peut avoir affaire à une dothiénentérie qui se déroulera d'une façon classique et qui devra être traitée par le régime lacté, le repos au lit, quelques stimulants, une potion de Todd et si cela est nécessaire on aura recours à la balnéation. Dans ces cas où le pouls ne dépasse 80 ou 100 on s'abstiendra donc de toute thérapeutique intra-utérine.

2° Le pouls est accéléré.

En même temps que la température augmente le pouls s'est accéléré ; nous devons dans ces cas toujours penser à l'infection puerpérale, et avant que le séro-diagnostic soit possible il faudra immédiatement instituer le traitement intra-utérin, c'est-à-dire donner une injection intra-utérine iodée. Si la température et si le pouls continu[illegible] à augmenter on fera un écouvillonnage à la teinture

Cependant aux symptômes généraux de l'infe[illegible] puerpérale peuvent venir s'ajouter ceux de la dothiéné[illegible] térie, les deux affections peuvent exister simultanément,

il faudra joindre alors les deux traitements et essayer de délimiter ainsi la part qui revient à chacune des deux affections. Pour combattre l'infection puerpérale on donnera de grandes injections intra-utérines, on injectera de l'électrargol par la voie hypodermique, 10 à 80 cc. de sérum de Marmorek, et au besoin rien ne s'oppose à un curettage. Pour la fièvre typhoïde on donnera des stimulants et des bains qui, comme le disait M. Stolz en 1881, peuvent être parfois d'un grand secours dans le traitement de l'infection puerpérale. Il faudra surveiller particulièrement le myocarde et le soutenir avec de la spartéine et de la digitale (Obs. VI).

3e cas. — L'accouchée paraissait se bien porter, les suites de couches avaient été apyrétiques et le pouls n'avait jamais dépassé 80°, lorsque vers le huitième jour ou même plus tard une ascension de température vient noircir le tableau. Nous penserons toujours à une infection tardive, mais s'il y a réellement infection elle a déjà dépassé l'utérus et gagné les trompes ou le petit bassin. Nous aurons donc à faire dans ces cas d'infection soit à une pelvi-péritonite, à un phlegmon du ligament large, à quelque annexite suppurée, soit à une localisation du côté de l'appareil circulatoire ; la phlébite sera le terme ultime de cette dernière localisation. L'état local sera un précieux élément de diagnostic, le toucher bimanuel, la palpation de l'abdomen permettront facilement de retrouver l'empâtement, la fluctuation et les annexites.

Pour peu que le pouls soit accéléré, que la température soit élevée et que le diagnostic soit hésitant, nous condamnerons la malade au repos le plus absolu, au régime lacté et nous lui donnerons quatre injections vaginales chaudes par jour et dès que le séro-diagnostic sera possible nous lui demanderons la solution du problème (Obs. VIII).

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Queirel)

Fièvre typhoïde. — Accouchement. — Guérison.

Femme B.., 21 ans, journalière, née au Piémont, habitant Marseille depuis quelque temps, Ipare, entre à la Maternité le 13 mai dans son neuvième mois. Sommet en O. I. D. P., pas d'albumine. Malgré des douleurs abdominales et lombaires elle n'a cessé de faire un travail pénible tout le temps de sa grossesse. A son arrivée elle présente un malaise général : lassitude, céphalée, diarrhée depuis deux jours. T. 38°. Ces malaises continuant, on lui fait garder le lit. Régime lacté, antisepsie du vagin qui présente des granulations.

Le 18 mai, elle accouche spontanément d'un fœtus de 2.130 gr. Rien de particulier dans l'expulsion. Il y avait une rupture prématurée des membres, le placenta qui

pesait 370 gr. était inséré sur le segment inférieur. Membranes 25/6. Bipar.9.

La température dès ce jour-là est de 39°9 matin, 39°9 soir. Dès le lendemain la marche de la maladie va nous éclairer : les selles deviennent fréquentes, elles sont liquides, fétides, de couleur jaune-ocre ; elles surviennent parfois à l'insu de la malade. La céphalée est intense, l'insomnie constante. La femme se plaint de bourdonnements dans les oreilles, l'ouïe est affaiblie, enfin elle a un délire tranquille qui se manifeste par de l'indifférence et de la stupeur. Il y a des épistaxis peu abondantes mais fréquentes, la langue est pâteuse, le gargouillement de la fosse iliaque droite et les taches rosées lenticulaires sont constatés. Le séro-diagnostic est franchement positif. Le pouls s'est toujours maintenu aux environs de 100 et la maladie a évolué suivant le cycle régulier de la dothienterie. Cette malade est sortie le 13 juin guérie.

Dans cette observation le diagnostic n'était pas difficile : l'affection ayant débuté avant l'accouchement nous a en quelque sorte prévenus ; elle était à la période de début ascendante de la température. Jamais le pouls n'a dépassé 100.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Queirel)

Fièvre typhoïde. — Avortement. — Mort.

V... Jeanne, marchande ambulante, 28 ans. Entrée le 29 avril 1901. Dans ses antécédents on ne relève qu'une scarlatine pendant la première jeunesse. Elle a été réglée à 13 ans et a déjà eu deux grossesses à terme. Ses deux enfants sont morts dans les premiers mois : l'un d'athrepsie, l'autre de méningite.

La maladie actuelle a débuté le 15 avril : maux de tête, petits frissons, courbature généralisée, légère épistaxis. La malade traîne ainsi une dizaine de jours ; elle était à ce moment enceinte de trois mois environ. Le 25 les symptômes précédents s'aggravent, la forcent à se coucher : il y a un peu de constipation ; un purgatif lui donne quelques selles.

Le lendemain elle avorte chez elle assez rapidement ; l'hémorragie est peu abondante, mais la délivrance doit être artificielle. Peu de changements les jours suivants, si ce n'est une diarrhée légère et un vomissement.

Le 29, la prostration est encore plus marquée, le facies vultueux, température élevée et pouls très rapide, langue humide, saburrale, rouge sur les bords, ventre souple,

gargouillement dans la fosse iliaque droite. Nombreuses taches rosées. La rate n'est pas perceptible à la percussion.

Les lochies sont assez abondantes, odorantes sans être trop fétides ; utérus peu volumineux et peu douloureux ; col entr'ouvert. Rien dans les culs-de-sac. Potion stimulante et injection intra-utérine quotidienne.

1er mai. — Pouls toujours rapidé et mou, très dicrote, rate perceptible, bains et injections intra-utérines.

5 mai. — Etat général stationnaire ; les lochies ont presque disparu et ne sont plus du tout odorantes. Lavement froid de trois litres.

6 mai. — Purgation, selles abondantes, ventre pas ballonné mais très douloureux. Le soir, le ventre est très ballonné, pouls petit et incomptable, nuit très mauvaise, délire et vomissements ; le lendemain, suppression des bains, glace sur le ventre, piqûre de morphine. L'état s'aggrave encore le soir, vomissements bilieux continuels et mort le 8 au matin.

Séro positif.

L'autopsie a montré des lésions de péritonite généralisée et du pus dans le petit bassin.

L'intestin présente de nombreuses plaques de Peyer ulcérées et une perforation de 2/3mm siégeant à 10 centimètres environ du cœcum, utérus et annexes normaux.

Dans cette observation la fréquence du pouls rendait le diagnostic bien difficile ; le séro, fait tardivement, a seul tranché le problème, ce que l'autopsie a d'ailleurs démontré.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Queirel)

Infection perpuérale post abortum. — Curage. — Curettage. Hystérectomie. — Mort.

G... Marie, 33 ans, ménagère, entre dans le service le 24 mai dans la soirée.

On ne relève rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Réglée à 15 ans, elle ne l'a jamais été bien régulièrement. Elle a déjà eu trois accouchements à terme, dont le dernier il y a déjà dix-huit mois. Entre le deuxième et le troisième il y a six ans, un avortement à quatre mois.

Le début de sa dernière grossesse remonte à fin février ; rien de particulier pendant les trois premiers mois, si ce n'est quelques vomissements. Le 14 mai une hémorragie légère se déclare, qui dure jusqu'au 17. Le 18 au matin, hémorragie plus abondante au cours de laquelle la femme expulse un fœtus : le placenta reste dans l'utérus ; une sage-femme fait une tentative d'extraction qui reste sans succès. Immédiatement après, frissons, et dans la journée vomissements. Les jours suivants, l'hémorragie continuant, la sage-femme essaie de nouveau à trois reprises différentes d'extraire les annexes, mais vainement. Les frissons et les vomissements persistent, les lochies sont nauséabondes.

La malade entre à l'hôpital le 21. Femme grande et grasse ; téguments et muqueuses pâles, légèrement subictériques. La température est à 40° ; le pouls ample et très rapide. Ventre peu douloureux et légèrement ballonné. Lochies fétides ; utérus mobile remontant à quatre doigts environ au-dessus du pubis. Col ramolli perméable ; rien dans les culs-de-sac.

Pas d'albumine dans les urines, les autres organes paraissent sains. Le col permettant l'introduction d'un doigt on fait immédiatement un curage digital; extraction d'un placenta en partie sphacélé, puis injection intra-utérine. Dans la nuit, médication stimulante.

L'état reste stationnaire le lendemain ; pas de frisson ni de vomissement : 20 cc. de sérum de Marmorek, 500 cc. de sérum artificiel, deux injections intra-utérines.

23. — Curettage qui ramène quelques débris de membranes et de muqueuses sphacélées. Tamponnement intra-utérin avec une gaze imbibée de glycérine créosotée ; le soir, grand frisson, injection intra-utérine.

24. — Aucune amélioration ne se produisant, on met la femme aux irrigations continues faites avec une solution de sublimé au 1/20.000, NaCl 12/1.000, on les prolonge jusqu'au 26 au matin.

26. — Deux injections intra-utérines. Le pouls toujours très rapide est plus petit, moins vigoureusement frappé, la langue est humide. Dans la soirée, lavement qui est suivi pendant toute la nuit d'une diarrhée abondante.

27. Etat général mauvais, langue sèche, le soir grand frisson, 20 cc. de sérum de Marmorek et un litre de sérum artificiel, deux injections intra-utérines.

28. — Le pouls est misérable, diarrhée continue. On tente de sauver la malade in extremis par une hystérec-

tomie; elle supporte bien l'opération, mais meurt 20 minutes après.

Séro-positif.

L'autopsie montre un cadavre dont tous les organes ont subi l'infiltration gazeuse, un tympanisme considérable sans lésions du côté de l'intestin grêle ou du gros intestin.

Rate très grosse, diffluente, 390 grammes.

L'examen bactériologique montre que les lochies sont exemptes de streptocoques, mais offrent de nombreux petits bacilles courts. Le placenta nous offre quelques bacilles ressemblant à ceux des lochies, de nombreux cocci isolés et quelques chaînettes de streptocoques.

On avait donc affaire à une malade infectée et atteinte de dothiénentérie, ainsi que le prouve le séro-diagnostic fait au 1/50. Le pouls chez cette femme est toujours resté pendant toute la maladie très accéléré au-dessus de 140.

Observation IV

(Résumée)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Queirel)

Infection puerpérale. — Mort

M. N. est reçu le 8 juin dans un service de médecine pour des accidents urémiques survenus au cours d'une grossesse dont le début remonte en septembre 1900; en mars 1901, grande épistaxis, maux de têtes violents et

tenaces. A l'entrée on constate de l'œdème aux membres inférieurs et aux organes génitaux, de l'anasarque, une oppression très marquée, de la bouffissure du visage et du bruit de galop.

0 gr. 80 d'albumine par litre.

A eu 3 enfants à terme dont un seul est vivant.

Arrivée dans le service, régime lacté absolu. 0 gr. 40 de chloral par jour ; accouchement le 13 au matin, délivrance normale, hémorragie peu considérable ; le soir, frisson, la température monte au-dessus de 39°, le lendemain reste aux environs de 38° : lochies fétides, ventre légèrement douloureux. Le soir, température 39°. Pouls 120. L'injection intra-utérine ramène un liquide louche et après chacune d'elles le frisson se reproduit. Potion stimulante et 40 cc. de sérum de Marmorek.

16. — Curettage ramenant de gros débris muqueux, sphacélés, fétides. Ecouvillonnage à la glycérine créosotée, mèche iodoformée dans la cavité utérine.

17. — Nouvelle injection intra-utérine, frisson survenant demi-heure après l'injection. Température 40°. Pouls 140.

Le séro-diagnostic montre bien deux amas, mais une immobilisation incomplète et des bacilles pas déformés.

19. — 20 cc. de sérum de Marmorek.

22. — Ecouvillonnage phéniqué.

24. — Coma et mort.

En même temps que le séro-diagnostic, l'examen bactériologique des lochies avait été fait et avait montré des chaînettes de streptocoques ; on avait donc affaire à une infection puerpérale et non à une dothiénentérie.

Observation V

(Résumée)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Queirel)

Ipare de 22 ans. Accouchement normal le 1er décembre 1908, tout va bien jusqu'au huitième jour où la température monte à 38°, puis à 40° le dixième jour. Malgré les injections intra-utérines et deux injections de sérum de Marmorek de 40 cc., le quatorzième jour nous arrivons à 41°. Le 25 décembre, quelques symptômes d'ébauche de dothiénentérie attirent l'attention, on fait le séro qui est positif.

Observation VI

(Due à l'obligeance de M. Pagliano, médecin des hôpitaux)

Infection puerpérale. — Dothiénentérie. — Guérison

M. F... âgée de 29 ans, entre à l'hôpital le 25 octobre 1909, enceinte de trois mois. La maladie a débuté le 17 octobre par un frisson violent et de la céphalalgie ; il n'y a pas eu de phénomènes abdominaux ni d'épistaxis.

A son arrivée à l'hôpital elle présente des douleurs violentes de la tête avec vertiges, l'abdomen n'est pas douloureux, pas d'épistaxis.

Pouls dicrote à 112. Température 39°9. Sibilants nombreux disséminés, toux légère avec expectoration, on note de la tachycardie et le myocarde paraît quelque peu touché ; injection d'huile camphrée, ventouses à la région précordiale, pyramidon et bain.

Le 30 octobre, à 9 heures du soir, avortement brusque avec une forte hémorragie ; on donne une injection intra-utérine chaude. L'hémorragie continuant, on fait un curage digital qui ramène des débris de placenta et est suivi d'une nouvelle injection intra-utérine. A ce moment le pouls est faible, la tachycardie plus accentuée ; on fait une injection de 250 grammes de sérum artificiel et une piqûre d'huile camphrée, de spartéine et de strychnine. Une heure après, violent frisson, pouls très rapide 130, le cœur devient mou, nouvelle injection de 500 grammes de sérum et nouvelle piqûre de spartéine.

31 octobre. — Pas d'écoulement sanguin ni lochial, l'abdomen est souple, indolore. Température 40°8, nouvelle injection intra-utérine au permanganate de potasse. Pyramidon, la température tombe à 37°4.

On suspend le pyramidon, nouvelle ascension à 39°9, pouls à 137, le cœur est mal frappé, le myocarde faiblit, nouvelle piqûre d'huile camphrée, ventouse sur la région précordiale.

2 novembre. Diazo-réaction très positive.
Matin, T. 39°9. P. 120.
Soir, T. 39°5. P. 120.

3 novembre. Matin, T. 37°. P. 100.
Soir, T. 37°5. P. 112.

6 novembre. Matin, T. 37°2. P. 100.
Soir, T. 37°7. P. 100.
10 novembre. T. 37°2. P. 100.

Les jours suivants la température baisse et reste autour de 37° et 38°, le pouls est voisin de 90.

La malade ne souffre plus et commence à s'alimenter, le pouls reste définitivement au-dessous de 100.

Le 10 novembre, le séro-diagnostic est positif au 1/10.

Dans cette observation, l'accélération du pouls a duré pendant toute la maladie, il y avait aussi une myocardite, mais il est probable qu'on avait affaire à une association des 2 injections. Toutefois la thérapeutique intra-utérine a été faite dès le début, dès la première élévation de température et dès que le pouls a été au-dessus de 100.

Observation VII

(Due à l'obligeance de Mlle Mouren, maîtresse sage-femme de la Maternité de Marseille).

Accouchement. — Rupture prématurée des membranes. Infection puerpérale. — Mort.

Femme V... C..., Ipare âgée de 18 ans, arrive de la ville déjà en travail; elle expulse très rapidement en O. P. un fœtus du sexe féminin pesant 2100 grammes et présentant des taches violettes aux mains, à l'avant-bras, aux pieds. La délivrance se fait 20 minutes après l'expulsion fœtale, le placenta se présentant par sa face utérine;

les cotylédons sont effrités, mais les membranes sont intactes.

On donne une abondante injection intra-utérine à la solution iodée qui ramène de gros caillots et des débris de tissu placentaire, la rupture de la poche des eaux s'étant faite prématurément et en ville, on fait une injection sous-cutanée de 40 cc. de sérum de Marmorek.

Une heure après l'accouchement, la femme est prise d'un grand frisson qui dure plus de demi-heure, la température est de 39°6 et le pouls à 120.

Interrogée, la malade dit avoir eu de la céphalée intense durant ces derniers jours et des accès de fièvre survenant principalement le soir.

23. — Matin, T. 40°. P. 120.
Soir, T. 41°. P. 124.

Injection intra-utérine, écouvillonnage.

24. — Matin, T. 40°2. P. 120.
Soir, T. 41°. P. 128.

25. — Matin, T. 39°. P. 116.
Soir, T. 40°. P. 120.

Nouvelle injection intra-utérine.

26. — Matin, T. 39°. P. 120.

La malade passe en médecine chez M. Pagliano.

Elle présente un aspect général très adynamique, la langue est fuligineuse, l'abattement est extrême, l'abdomen peu douloureux. A la palpation, quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite, la constipation est opiniâtre, la malade ne va à la selle que par les entéroclyses. On lui donne du pyramidon, la température baisse mais ne tarde pas à remonter, jusqu'au 10 novembre la maladie paraît suivre son cours, mais le pouls est toujours rapide, 130, et mal frappé.

11 novembre. — La température baisse brusquement

à 36°, le pouls est cependant à 140, les matières sont sanglantes, la malade a ressenti brusquement une forte douleur épigastrique qui persiste en s'atténuant un peu les jours suivants. Il y a quelques vomissements alimentaires et la malade meurt.

Le séro-diagnostic qui a été fait le 26 octobre et le 10 novembre a été négatif au 1/10 les deux fois.

Analyse d'urine :

Sucre, 0.

Albumine, traces.

Pigments biliaires, 0.

Urée, 9 grammes par litre.

Acide urique, 0, gr. 45 par litre.

Cette malade a dû arriver de la ville probablement infectée et il ne paraît pas y avoir eu d'infection eberthienne; dans tous les cas il y a eu fièvre typhoïde, il y a certainement eu surajoutation d'infection puerpérale. Le pouls est toujours resté au-dessus de 120, très rapide sans phénomènes cardiaques et la thérapeutique intra-utérine était urgente et il était indispensable de la suivre.

Observation VIII

(Due à l'obligeance du docteur Crémieu, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine.)

M. R... IIpare. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels. Réglée à 13 ans.

Accouche en ville normalement le 2 avril en O. I. G. A. d'un fœtus de 2.400 grammes.

Les suites de couches sont physiologiques, lochies normales et la malade se lève le douzième jour autorisée par son médecin. En aucun moment la femme particulièrement bien surveillée n'a eu d'élévation de température ni d'accélération du pouls.

16 avril. — Légère céphalée, quelques maux d'estomac, température 37°8, pouls 80 ; la constipation est très grande, la malade ne vient qu'à l'aide d'entéroclyses, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, le ventre n'est pas douloureux.

17 avril. — Matin, T. 37°7. P. 78.
Soir, T. 38°4. P. 80.

Pas d'abattement. Régime lacté et le docteur Crémieu, de nouveau appelé en consultation, ne croit pas à une injection puerpérale, néanmoins la main forcée par le médecin de la famille donne une injection intra-utérine.

La fièvre ne tombe pas et le lendemain :

18 avril. — Matin, T. 38°. P. 80.
Soir, T. 39°. P. 82.

Toujours pas de diarrhée, pas de gargouillement, on note cependant un léger météorisme intestinal.

Nouvelle consultation, et après un examen approfondi de la malade, le toucher ayant démontré qu'il n'existe pas d'annexites, le docteur Crémieu se refuse à faire un curettage. On pense alors à une phlébite péri-utérine ou à une affection intestinale.

19. — Matin, T. 38°. P. 80.
Soir, T. 39°4. P. 84.
20. — Matin, T. 38°. P. 80.
Soir, T. 39°. P. 84.

séro-diagnostic positif au 1/20.

La maladie évolue normalement sans grande tempéra-

ture, ne dépassant jamais 40°, et le pouls reste toujours au-dessous de 84. Guérit trois semaines après.

Cette observation dans laquelle le diagnostic était particulièrement difficile, puisque cette dothiénenterie a revêtu là une forme un peu anormale, a été fait au seul examen du pouls, une température élevée avec un pouls à 84 n'étant pas un pouls d'infectée, il était intéressant de la rapporter ici.

Observation IX

(Due à l'obligeance de M. le docteur Sépet, médecin des hôpitaux de Marseille.)

N..., 23 ans, rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Réglée à 14 ans régulièrement.

Aucun antécédent génital.

Mariée il y a trois mois.

20 octobre. — Avortement d'un mois et demi. Suites de couches normales. Au bout de dix jours la femme se lève sans avoir aucune métrorragie.

15 novembre. — Céphalalgie, anorexie. Température s'élève à 39°.

Aucune métrorragie, aucune expulsion de caillots, ni de membranes, pas de pertes fétides. Un médecin appelé, pensant que l'avortement a été incomplet et qu'il reste des débris placentaires et pensant à une menace d'infection, conseille un curettage qui est pratiqué après dilatation du col.

La température reste stationnaire après le curettage, évoluant entre 38°5 le matin et 39° ou 39°2 le soir, jusqu'au 23 novembre, époque à laquelle le médecin envoie la malade à la Conception ; elle rentre dans le service de M. le Dr Sépet, salle Oursian (pensionnaire n° 31) avec le diagnostic d'infection puerpérale post abortum.

Le 24 au matin, la malade est abattue : céphalalgie occipitale, quelques taches lenticulaires, pas de diarrhée, langue rouge et vernissée ne présentant pas du tout l'aspect d'une langue de typhique.

T. 39°2. P. 90.

Léger souffle mitral. Ventouses scarifiées dans la région précordiale.

Ventre ballonné. Toucher pratiqué par le Dr Crémieu n'est pas douloureux.

Utérus normalement évolué.

Col fermé en position normale.

Aucun écoulement sanguinolent. Aucune perte fétide.

En présence de ces symptômes : pas de langue typhique, pas de grosse rate, pas de diarrhée mais température 39°2, pouls 90 et rien d'anormal du côté utérin.

Depuis son avortement aucune métrorragie, aucune perte de caillots, de membranes, aucune lochie fétide. On écarte le diagnostic d'infection puerpérale post abortum. Traitement médical et électrargol, séro-positif au 1/30e. Fièvre typhoïde évolue normalement : pouls se maintient entre 80 et 84.

La malade sort guérie le 24 décembre 1909.

Observation X

(Due à l'obligeance de M. le docteur Crémieu, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine.)

M. 18 ans, femme de chambre, 1pare, entre au dortoir de la clinique, le 1er juin 1909.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, a fait ses premiers pas à un an. Réglée à l'âge de 13 ans toujours régulièrement, durant 5 à 6 jours.

Pendant la première et la seconde enfance aucun antécédent pathologique.

La seule maladie à noter dans ses antécédents présente ce *fait très particulier* qu'au courant du sixième mois de sa grossesse, la femme a été atteinte de *scarlatine*, a été soignée à la salle Blanc (Conception), pendant un mois et qu'elle n'a jamais présenté d'albumine dans ses urines. Convalescence à l'hôpital Salvator (grossesse évolue normalement sans phénomène d'auto-intoxication gravidique), elle arrive de Salvator quand elle entre à la clinique obstétricale le 1er juin 1909.

Dernières règles. — 12 ou 18 décembre.

Hauteur utérine. — 27 centimètres.

O. I. G. A. Enfant vivant.

Pression artérielle, 13.

Examen des urines. — Pas d'albumine.

Examen répété tous les 2 ou 3 jours.

Pertes blanches très abondantes ayant débuté quelques

mois avant la grossesse et surtout abondante depuis que la femme est enceinte.

Examen bactériologique fait par M. Crémieu. — Présence de gonocoques dans les pertes.

Injections vaginales au permanganate (0 gr. 50 pour deux litres) pratiquées quatre fois par jour.

Entre en travail le 12 juin à 9 heures du soir.

(Rupture prématurée des membranes dans la journée du 12).

Descend à la salle de travail et expulse spontanément à 3 heures 1/4 du matin en OP un enfant du sexe masculin, pesant 2.100 grammes.

1/2 heure après l'accouchement le placenta se présente par surface fœtale et la délivrance se fait normalement par traction et expression combinées.

Rien d'anormal, injection vaginale.

Pouls 90. Température 37°3.

Le placenta pèse 400 grammes, il est inséré à 7 centimètres du bord inférieur, ce qui explique l'accouchement prématuré et la rupture prématurée des membranes. Il est en outre très épais (placenta Chateaubriand du professeur Pinard).

Les membranes sont complètes mais la caduque est très rouge et très épaisse. En somme rien d'anormal.

13 juin, T. 37°2, Pouls, 80.

14 juin au matin, T. 36°, P. 80.

— Soir, T. 39, P. 80.

En raison de l'état du pouls, pas d'injection intra-utérine.

15 juin matin. T. 37° 5. P. 80.

— soir. — T. 39° 5. P. 110.

Pas de frisson, céphalée occipitale, constipation. Lavements, injection intra-utérine avec la solution iodu-

rée 20 cc. électrargol sous-cutané. Ecouvillonnage, pas de débris.

16 juin matin. — 37° 4. P. 90.

— soir — 37° 7. P. 80.

17. — Matin, T. 39°6. P. 80.

Soir, T. 38°4. P. 80.

Pas de douleur au niveau du globe utérin, aucun éboulement lochial fétide, utérus involuant normalement, anorexie, langue saburrale.

18. — Matin, T. 37°8. P. 76.

Soir, T. 39°6. P. 84 (dicrote.)

Nouvelle injection intra-utérine difficile, col fermé, ne ramène aucun débris. Electrargol, 5 cc.

19. — Matin, T. 38°2. P. 80.

Soir, T. 88°4. P. 80 (dicrote.)

Gargouillement sous la fosse iliaque droite, abdomen douloureux, rate grosse et douloureuse, céphalée occipitale.

20. — Matin, T. 39°2. P. 80.

Soir, T. 39°1. P. 80 (dicrote).

Quinine
Pyramidon } â à 0 gr. 25.
Bicarbonate

Analyse des urines :

Urée, 30 grammes.

Chlorure, 8-30.

Albumine, 0,30 cent.

Indican, réaction positive.

21. — Matin, T. 38°1. P. 80.

Soir, T. 38°. P. 80 (dicrote).

22. — Matin, T. 37°2. P. 76.

Soir, T. 38°1. P. 80.

Toux, quelques râles humides.

23. — Matin, T. 38°6.
Soir, T. 39°8.

Douleurs lombaires. Foie augmenté de volume et douloureux, teint pâle, facies typhique, langue sèche et rouge et sur les bords.

Pouls 80, dicrote.

24. — Matin, T. 38°8. P. 80.
Soir, T. 39°2. P. 80.

Séro-diagnostic négatif.

25. — Matin, T. 39°5. P. 96.

Diarrhée fétide et couleur purée de pois, obscurité des bruits du cœur (myocarde faiblit).

Passée dans le service de Pagliano, salle Dussaud.

27. — Matin, T. 40°2. P. 120.

Tachycardie, souffle diastolique à la pointe, facies typhique, foie très gros et douloureux, enveloppements froids, entéroclyses, sinapismes, huile camphrée, ventouses.

Poumon base droite (avant et arrière), obscurité respiratoire, râles sous-crépitants.

En présence de ces symptômes et du séro-diagnostic négatif, on pense, du fait de la présence de gonocoques dans le pus, du fait de la non-accélération concomitante du pouls et de l'apparition des phénomènes cardiaques, à une septicémie gonococcique.

M. Aubert, chef de laboratoire de bactériologie, fait une prise de sang.

28. — Ensemencement négatif par gonocoques.
— positif par bacille d'Eberth.

Séro-diagnotic positif au 1/50.

29. — Matin, T. 40°1. P. 120.
Soir, T. 40°4. P. 120.

30. — Matin, T. 39°. P. 120.
Soir, T. 40°5. P. 120.

La température se maintient aux environs de 40°, l'état général s'affaiblit, et le 6 juillet la malade a dans la nuit une très abondante hémorragie intestinale.

Le 7 la malade agonise. Le 7 au soir nouvelle hémorragie intestinale.

Autopsie : Plaques de Peyer, ulcération intestinale, menace de perforation, utérus normal, bien involué et ne présentant aucune particularité.

CONCLUSIONS

Nous avons essayé, dans ce travail, de montrer comment la fièvre typhoïde peut, en certains cas, compliquer les suites de couches ; des symptômes communs aux deux affections : élévation de température, mauvais état général, grosse rate peuvent parfois rendre le diagnostic difficile.

Le frisson et l'accélération du pouls nous paraissent offrir des différences appréciables au cours des deux affections ; alors que dans l'infection puerpérale le frisson est le plus souvent unique, solennel, rappelant celui de la pneumonie, dans la dothiénentérie il est le plus souvent moins intense et répété.

L'accélération du pouls est un signe pathognomonique de l'infection puerpérale ; dans la fièvre typhoïde, cette accélération coïncide avec une myocardite facile à dépister ; nous reconnaissons cependant qu'il peut exister, mais les exemples ne sont pas très nombreux, des dothiénentéries sans myocardite et avec accélération du pouls.

Au point de vue du traitement, il y a lieu d'instituer le traitement ordinaire de la dothiénentérie et l'on ne doit recourir à la thérapeutique intra-utérine de l'infection puerpérale que si cette médication se trouve nettement indiquée par l'accélération du pouls.

BIBLIOGRAPHIE

Bédrune. — Thèse Paris, 1904.

Bonnaire. — Fièvre typhoïde dans ses rapports avec la puerpéralité. Presse médicale, 17 mars 1894.

Brousse. — Grossesse et fièvre typhoïde. Gaz. hebd. sciences méd. de Montpellier, 1885.

Chellier. — Fièvre typhoïde et fièvre puerpérale. Thèse Paris, 1894.

Dieulafoy. — Presse médicale, avril 1909.

Freund et Lévy. — Ueber intra-uterine Infektion mit Typhus abd. Berlin klin. Wochensch., 1895.

De Grandmaison et Cartier. — Un nouveau cas d'infection sanguine chez une femme accouchée, par le bacille d'Eberth. Compte rendu Soc. de biologie. Paris 1899.

Hardon. — A case of typhoïd fever during prignoncy. Boston Med.

Lamotte. — Thèse Montpellier, 1858.

Lepage. — Du diagnostic de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches. Compte rendu Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, 1899.

Pinard et Wallich. — L'infection puerpérale.

Queirel. — Leçon de clinique obstétricale.

Tarnier et Budin. — Maladie de la grossesse et des suites de couches.

Vinay. — Fièvre typhoïde chez la femme enceinte et chez l'accouchée. Lyon médical, 1893.

Tramport. — Thèse Lille, 1894.

Traité de médecine de Brouardel, Gilbert et Thomas.
— — — Bouchard, Charcot et Brissaud.
— — — Debove et Achard.

Winderlich. — La température dans les maladies.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 janvier 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 8 janvier 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!